MULTIPLE D NDENT CLAIM FEE CALCULATION SHEET (FOR USE WITH FORM PTO-875)

SERIAL NO. APPLICANT(S) FILING DATE

CLAIMS	CL	AΙ	MS	;
---------------	----	----	----	---

	AS FILED		AFTER I AMENDMENT		AFTER 2 MAMENDMENT			AS FILED		AFTER 1"AMENDMENT		AFTE 2 AMENDA	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.		IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	D
1	1						51						十
2							52						\vdash
3							53						\vdash
4			*				54						1
5							55						\top
6							56						十
7							57						✝
8				· .			58						†
9		1					59						+
0							60						+
1					<u> </u>		61						†
2							62						+
3							63						╁╴
4							64						+-
5							65						╁╌
6							66						╁╌
7							67						╁╴
8			-			1	68						╁
9							69						╁╌
0							70						╀
1							71	-					┼
2							72						₽
3						 	73					·	 -
4							74						╀
5		·					75						╁-
6						\vdash	76					· · · · · ·	╁
7				l —		 	77						╁
8							78						╁
							79						╁
5						 	80_						╁
i							81						╀╌
2							82						╂─
3							83						╁╌
4							84						╁
5	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						85						╀
6							86						╁╴
7							87						+
8							88						╁
9.				 			89						╁
$\hat{0}$	·						90						╁
1			ļ		-		91						+
2		 	l				92					<u> </u>	+
3				 			93_						+
4						1	94						+
5							95						+
6						 	96						+
7		 		1	1		97				-		+
8		 		 	l		98						+
9		 	 	 		 	99	l			-	<u> </u>	+
0		 		 		 	100						十
L IND.	1	1		8		-	TOTAL IND.		4		1		T
L DEP	9	4		4		4	TOTAL DEP		4		4		ו. •
TAL IMS	10						TOTAL CLAIMS						